" G E S U N D H E I T U N D L E B E N "

Amtsblatt der Gesundheitskammer

im Generalgouvernement.

Nr.24 (92) Jahrgang III. Krakau, den 21. Juni 1942.

Schriftleitung: Dr.med.Werner K r o l l, Krakau, Albrechtstrasse 11a
Verlag: Gesundheitskammer Krakau, Albrechtstrasse 11a.
Fernsprecher: 105-24. Verantwortlich für Anzeigen: W.v. Würzen.
Bankkonto: Creditanstalt - Bankverein, Krakau, Adolf Hitler Platz Ecke Schustergasse, Postscheckkonto: Warschau 73. Drahtanschrift: Gesundheitskammer Krakau, Bezugspreis Zl 3.-- monatlich.

Alle Postanstalten nehmen Bestellungen an. Die Zeitschrift erscheint wöchentlich.

Sendungen betr. Anzeigen, insbesondere Kennzifferanzeigen usw. stets an den Verlag Gesundheitskammer Krakau, Albrechtstrasse 11a.

Schriftsätze für den Textteil an die Schriftleitung von "Gesundheit und Leben" Krakau, Albrechtstrasse 11a oder an die Distriktsgesundheitskammer Warschau, Koszykowa 37. Manuskripte können sowohl in deutscher wie auch in polnischer Sprache eingesandt werden. Unaufgefordert eingesandte Manuskripte werden nur zurückgesandt, wenn Freiporto beigefügt ist.-

Inhaltsverzeichnis :

## Anweisung zur Bekämpfung des Fleckfiebers

RdErl.d. RMdI.v.13.2.1942 – IV g 3300/42-5638/.

(Fortsetzung)

(4) In der 2. Krankheitswoche pflegt bei den leichteren Erkrankungen das Fieber lytisch abzufallen und das Allgemeinbefinden sich zu bessern. In den schweren Fällen dagegen nehmen die Krankheitserscheinungen noch an Heftigkeit zu. Unter hohem Fieber entwickelt sich ein ausgebildeter status typhosus. Die Benommenheit wird tiefer; mit dunkelrotem Gesicht, halb offenem Munde und Auge, brauner rissiger Zunge liegen die Kranken völlig teilnahmslos da und erreichen einen hohen Grad von Schwäche und Erschöpfung. Mitunter besteht eine heftige nervöse Unruhe, bei der die Kranken auch wohl die Neigung zeigen, das Bett zu verlassen. Die Stimme bekommt einen heiseren Klang. Infolge Herzschwäche bilden sich an den abhängigen Stellen der Lungen hypostatische Verdichtungen aus. Gewöhnlich wird die Temperatur unregelmässig und fällt zur Norm ab, selbst wenn der Allgemeinzustand schlechter wird und die Krankheit einen tödlichen Ausgang nimmt. Bei günstigem Verlaufe tritt am Ende der 2. oder in der 3. Krankheitswoche, öfters unter reichlichem Schweisse, die Wendung zum Besseren ein. Nachdem die Entfieberung sich ziemlich rasch und ohne Schwankungen vollzogen hat, lässt die Benommenheit nach, wird der Puls besser und die Atmung ausgiebiger. Der Ausschlag blasst rasch ab, und der Kranke geht langsam der Genesung entgegen. Jedoch erfordert die in der Rekonvaleszenz hinein dauernde Herzschwäche die grösste Aufmerksamkeit des Arztes.

(5) Komplikationen und Nachkrankheiten sind bei Fleckfieber seltener als beim Typhus. Während des Fiebers kommen Entzündungen der Lungen, der Nieren, des Mittelohrs, der Ohrspeicheldrüse, Muskel- und Hautabszesse vor, als Nachkrankheiten Lungenbrand, symmetrischer Brand an den Händen, Füssen oder Ohren, am Hodensack, ferner allgemeine Wassersucht, die meist nach 1 bis Wochen wieder verschwindet. Bisweilen werden auch in der Genesung /oder nach Abfall des Fiebers/ Reizungen der Blase und Harnverhaltung beobachtet.

(6) Ausser den Krankheitsfällen, deren Bilder dieser Schilderung entsprechen, kommen namentlich *bei Kindern* *und bei solchen Personen, die aus einem von Fleckfieber durchseuchten Lande stammen*, auch ganz *leichte Erkrankungen* vor, bei denen nur geringes Fieber auftritt und abgesehen von heftigen Kopfschmerzen, schwere Erscheinungen *Auch der Hautausschlag kann fehlen oder so wenig ausgesprochen sein, dass er auf einer unreinen oder dunkelpigmentierten Haut nicht zu erkennen ist.* Sind solche Leichtkranke nicht bettlägerig

worden, so können sie, falls die Krankheit übersehen wird, eine erhebliche Gefahr für die mit ihnen in Berührung kommenden Personen bilden. Während beim Herschen einer Epidemie die Verkehrsbeziehungen zu einer als Fleckfieber festgestellten Erkrankung einen Hinweis auf die Art der Krankheit geben und die Diagnose erl tern, begegnet die Erkennung dieser leichten Fälle, wenn sie vereinzelt auftreten, Schwierigkeiten. Sie lassen sich aber durch die serologische Blutuntersuchung mit Proteus-Bakterien selbst nachträglich noch als Fleckfieber feststellen /s. auch Absch.IV/. Der Krankheitsverlauf wird in erster Linie von dem Allgemeinzustand des Erkrankten bestimmt. Auch spielt das Alter des Erkrankten eine wesentliche Rolle. Weiter ist der Krankheitsverlauf in einzelnen Epidemien sehr verschieden, die wiederum von der bereits bestehenden oder fehlenden allgemeinen Durchseuchung der betroffenen Bevölkerung beeinflusst werden. Bei schweren Erkrankungen entscheidet über Genesung oder Tod, ob Herzmuskel, Kreislauf und Zentralnervensystem die Infektionswirkung aushalten; auch hinzukommende Begleitkrankheiten spielen eine mitbestimmende Rolle. Das Überstehen der Krankheit hinterlässt einen langdauernden, bei manchen Personen lebenslänglichen Schutz /Immunität/ gegen Neuerkrankungen.

## III. Differentialdiagnose.

(1) Es ist vor allem wichtig, das Fleckfieber vom Typhus zu unterscheiden. Während beim Fleckfieber die eigentliche Erkrankung meist ziemlich plötzlich beginnt und rasch ihren Höhepunkt erreicht, ist der Typhus gewöhnlich durch eine allmähliche Entwicklung des Krankheitsbildes (staffelförmiges Ansteigen des Fiebers, langsame Zunahme der Pulskurve) gekennzeichnet. Auch die Entfieberung vollzieht sich beim Fleckfieber in der Regel in erheblich kürzerer Zeit als beim Typhus. Beim Fleckfieber zeigt ferner die Fieberkurve einen ziemlich kontinuierlichen, in den Morgenstunden nur wenig remittierenden Verlauf, während beim Typhus morgendliche Nachlässe der Körperwärme um etwa 1° und noch mehr vorzukommen pflegen. Stärkere Darmerscheinungen fehlen beim Fleckfieber meist ganz; etwa auftretende Durchfälle sind nicht erbsbreiartig. Während man beim Fleckfieber die Milz in den ersten Krankheitstagen fast immer tasten kann, ist sie beim Typhus um diese Zeit noch nicht fühlbar. Eine Möglichkeit der Unterscheidung beider Krankheiten bietet auch der Ausschlag; dieser erscheint bei dem Fleckfieber wesentlich früher als beim Typhus, bei dem er sich erst in der 2. Woche zeigt. Er entwickelt sich beim Fleckfieber rasch bis zur vollen Höhe, während beim Typhus Nachschübe vorkommen. In seiner örtlichen Ausbreitung ist der Fleckfieberausschlag gewöhnlich ausgedehnter, insbesondere sind oft auch die Vorderarme, Unterschenkel, Handteller und Fusssohlen befallen.

(2) Nicht selten werden Fleckfiebererkrankungen als Gripp angesprochen, indem das Exanthem übersehen wird. Auch eine Unterscheidung von hämorrhagischen Pocken, Roseola syphilitica, Meningitis, septischen und Arznei-Exanthemen kommt in Betracht. Vor

einer Verwechslung des Fleckfiebers mit Rückfallfie ber schützen die Unterschiede im Fieberverlauf und das Fehlen der Rekurrensspirochäten im Blute des Kranken. Zur Unterscheidung des Fleckfiebers von den Masern ist zu beachta dass das Auftreten der Koplikschen Flecke auf der Mundschleimhaut und die stärkere Beteiligung des Gesichts an dem Ausschla für Masern sprechen.

## IV. Krankheitsfeststellung durch Laboratoriumsuntersuchun

Eines der wichtigsten Hilfsmittel zur Feststellung der Kran heit ist die bakteriologische und serologische Untersuchung. Zunächst ist durch sie der Typhus differentialdiagnostisch aus schliessen. Es müssen daher Proben der Darmentleerungen und de Harns, ferner Blut ohne Zusatz sowie Blut in Galle zur Kultur nach denselben Gesichtspunkten wie bei der Typhusuntersuchung an die zuständige bakteriologische Untersuchungsanstalt eingesandt werden. Insbesondere kann aber der Ausfall der serologischen Untersuchung des Krankenblutes durch Agglutination mit proteus O.X.19 die Diagnose sichern. Obwohl die Proteus Bakterien nicht die Erreger des Fleckfiebers sind, ist ihre Agglutination durch das Serum der Kranken und Rekonvaleszenten doch für Fleckfieber charakteristisch. Bereits ein Agglutinati titer von 1:100 im Anfang der Erkrankung ist verdächtig, jedoc noch nicht beweisend für Fleckfieber. Die serologische Untersuchung ist bei niedrigen Titer in Abständen von wenigen Tagen mehrfach zu wiederholen, da ein Ansteigen des Titers im Verlaufe der Erkrankung ebenso wie hohe Titerwerte bei der Erstuntersuchung für Fleckfieber beweisend sind. Ein negativer Ausfall der Proteus-Agglutination im Beginn der Erkrankung spricht nicht gegen Fleckfieber. In solchen Fällen ist vielmehr die Untersuchung ebenfalls in Abständen von einigen Tagen mehrfach zu wiederholen.

## V. Übertragung der Krankheit

(1) Das Fleckfieber wird durch Vermittlung der Läuse x/ /Kleiderläuse/ von dem Kranken auf den Gesunden übetragen. Ein

x/ Überträger ist die Kleiderlaus. Da aber die Kleiderläuse nicht nur in den Kleidern, sondern bei stark verlausten Personen auch am Körper und in den Haaren vorkommen und die Unterscheidung von Kleiderläusen und Kopfläusen den Laien Schwierigkeiten bereitet, ist in den Ratschlägen stets die Bezeichnung "Läuse" gebraucht.

unmittelbare Ansteckung erfolgt nicht. Mit dem Blut des Fleckfieberkranken nimmt die Laus die Rickettsien auf, die sich in den Epithelzellen ihres Darms vermehren, worauf die Laus nach 4 bis 7 Tagen infektionsfähig wird. Eine Übertragung der Erreger von Laus zu Laus durch Kopulation sowie durch Berührung mit dem Kot infizierter Läuse ist möglich. Die Infektion des Menschen erfolgt durch den Stich der infizierten Laus sowie durch Einreiben des Kotes in die Bisswunde beim Jucken. Der Kot infizierten Läuse enthält die Krankheitserreger in grossen Mengen. Die Laus pflegt beim Blutsaugen ihren Kot abzusetzen. Auch beim Zerdrücken von Läusen können die Erreger durch Kratzwunden in den Körper des Menschen gelangen. Neben der gewöhnlichen Übertragung durch die Läuse selbst ist in Ausnahmefällen auch die Infektion auf anderem Wege möglich, einmal durch das Blut des Kranken /durch Unfall am Krankenbett oder im Laboratorium/, weiter durch die Verstäubung des rickettsienhaltigen Kotes infizierter Läuse, In dem eingetrockne-tem Kot können die Erreger längere Zeit lebend und infektionsfähig bleiben. Bei Arbeiten mit grossen Mengen infizierter Läuse im Laboratorium ist die Infektion durch verstäubten Kot überzeugend nachgewiesen worden. Für die praktischen Verhältnisse ist die Bedeutung dieser beiden Infektionsmöglichkeiten ausserordentlich gering. Sie müssen aber der Sicherheit halber beim Umgang mit Fleckfieberkranken berücksichtigt werden. Epidemiologisch sind diese beiden Infektionsmöglichkeiten zudem bedeutungslos, weil durch die ausschliesslich Einzelerkrankungen ausgelöst werden, die nur dann Ausgangspunkt weiterer Erkrankungen werden können, wenn der Erkrankte Träger von Kleiderläusen ist. Bei der Beurteilung des Infektionsweges bei Einzelerkrankungen ist stets zu berücksichti-gen, dass nicht die Verlausung an sich Ursache des Fleckfiebers ist, sondern die Übernahme einer oder mehrerer i n f i z i e r t e r Läuse von einem Fleckfieberkranken. Man findet daher bei Personen, die nur gelegentlich mit Fleckfieberkranken in Berührung kommen, sehr oft keine Läuse, weil die infizierende Laus in der Inkubationszeit entweder gestorben oder durch Kleiderwechsel oder weiteren Wirtswechsel verlorengegangen ist. Eine epidemische Ausbreitung des Fleckfiebers ist nur in verlausten Bevölkerungsgruppen möglich, Einzelerkrankungen können auch bei sonst läusefreien Personen, die gelegentlich in Kontakt mit Fleckfieberkranken kommen, auftreten. Die unerlässlichen Voraussetzungen einer Fleckfieberepidemie sind:

1. Fleckfieberkranke Menschen,
2. für Fleckfieberempfängliche Menschen und
3. Verlausung mit Kleiderläusen.

(2) Durch die Entdeckung, dass die Kleiderlaus als Zwischenwirt des Fleckfiebererregers anzusehen ist, erklärt sich auch die alte Erfahrung, dass die Schlafstellen der herumziehenden Bevölkerung, die Herbergen und Asyle, die hauptsächlichsten Brutstätten der Seuche sind. Auch wird es begreiflich, dass vorwiegend Ostjuden, Obdachlose und verwahrloste Personen, Bettler, Zigeuner, Landstreicher von dem Fleckfieber befallen werden und dass gerade in Kriegszeiten und im Winter die Krankheit leicht an Verbreitung gewinnen kann.

## VI. Schutzimpfung gegen Fleckfieber.

Eine Schutzimpfung gegen Fleckfieber ist möglich. Der Impfstoff besteht aus Aufschwemmungen abgetöteter Rickettsien. Die Rickettsien werden zur Impfstoffbereitung entweder im Darm von Kleiderläusen oder im Eidotter befruchteter Hühnereier gezüchtet. Die Impfung erfolgt nach den den Impfstoffen beigefügten Gebrauchsanweisungen. Die Wirksamkeit der Impfung entspricht der, wie sie allgemein mit Impfstoffen aus abgetöteten Erregern erreichbar ist. Daraus ergibt sich, dass auch geimpfte Personen nicht völlig ungefährdet sind und dieselben Massregeln wie ungeimpfte als zusätzliche Schutzmassnahmen beachten müssen. Für die Schutzimpfung gegen Fleckfieber kommen die durch ihren Beruf besonders gefährdeten Personen in Betracht, also Ärzte, Krankenpflege- und Transportpersonal, Desinfektions- und Entlausungspersonal sowie andere Personen, die durch ihren Beruf gezwungen sind, mit Fleckfieberkranken in Berührung zu treten oder sich in Epidemiegebieten aufzuhalten. Die Nebenerscheinungen bei der Schutzimpfung entsprechen denen bei einer Typhusschutzimpfung, sie sind im allgemeinen aber etwas schwächer. Die Dauer der durch Impfung erreichbaren Immunität ist zeitlich begrenzt. Bei fortbestehender Gefährdung muss die Impfung etwa jährlich wiederholt werden.

## VII. Untersuchung von Fleckfieberkranken und -verdächtigen

Bei Fleckfieberkranken und -verdächtigen kommt es für den Arzt vor allem darauf an, den Kranken schleunigst unter einwandfreie hygienische Verhältnisse und in sachverständige Pflege zu bringen sowie seine Umgebung gegen die Übertragung des Fleckfiebers zu schützen. In erster Linie ist für eine gute Beleuchtung des Krankenraumes zu sorgen. Eine Berührung mit den Personen der Umgebung des Kranken ist möglichst zu vermeiden, da auch sie bereits fleckfieberinfizierte Läuse an sich haben können, und schon eine kurze Berührung oder das Anstreifen des Rocks des Arztes an der Bekleidung oder dem Bett verlauster Personen ein Übergehen der Läuse ermöglichen kann. Deshalb ist es erwünscht, dass der Arzt schon beim ersten Besuch bei einem Fleckfieberkranken oder -verdächtigen vor dem Betreten des Hauses seinen Überzieher ablegt und einen Schutzanzug oder ein Überkleid aus glatten Stoff anzieht, die den ganzen Oberkörper einschliesslich der Arme decken und an den Handgelenken fest anschliessen. Die Bettdecke des Kranken darf nur vorsichtig zurückgeschoben, nie hastig hochgeschlagen werden, weil hierdurch Läuse fortgeschleudert und auf die am Bett stehenden Personen, ja infolge des entstehenden Luftzuges auch über einen grösseren Umkreis hin verstreut werden können. Soweit es sich praktisch durchführen lässt, ist es empfehlenswert, der körperlichen Untersuchung von Fleckfieberkranken und -krankheitsverdächtigen ihre Entlausung vorausgehen zu lassen und sie vorher durch ein Bad gründlich zu reinigen.

## VIII. M e l d e p f l i c h t b e i F l e c k f i e b e r

Sobald ein Arzt einen Fleckfieberfall festgestellt hat oder auch nur den Verdacht hegt, dass es sich bei einem Kranken um Fleckfieber handeln könne, ist er nach den gesetzlichen Bestimmungen verpflichtet, dem Gesundheitsamt /Ortspol.-Behörde/ unverzüglich eine Anzeige zu erstatten.

## IX. A b s o n d e r u n g

Jeder festgestellte oder auch nur verdächtige Fall von Fleckfieber ist ohne Verzug abzusondern. Sofern sich die Pflege und Absonderung in der Behausung des Kranken nur unzureichend ausführen lässt, muss der Kranke in ein geeignetes Krankenhaus oder einen anderen geeigneten Unterkunftsraum übergeführt werden. Die Überführung in ein Krankenhaus ist unerlässlich, wenn durch enge Wohngemeinschaft oder durch Verbindung der Wohnung mit Gewerbebetrieben oder Erziehungsanstalten eine besondere Gefährdung gesunder Menschen gegeben ist /Gasthöfe, Wirtshäuser, Bäckereien, Molkerein, Milch-, Gemüse- und sonstige Lebensmittelhandlungen, Schulen, Pflege-, Gefangenen- und ähnliche Anstalten/. Die Unterbringung in einem Krankenhaus oder einer anderen geeigneten Anstalt kann auf Vorschlag des Gesundheitsamtes durch die Ortspol.-Behörde auch gegen den Willen des Betroffenen angeordnet werden. Bei der nur ausnahmsweise unter besonders günstigen Verhältnissen zulässigen Absonderung in der Wohnung sind Teppiche und sonstige Stoffe aus dem Krankenzimmer zu entfernen. Der Kranke ist in einem besonderen Zimmer unterzubringen. Von den übrigen Bewohnern ist er völlig zu trennen. Die Ausstattung des Raumes ist möglichst einfach zu gestalten. Im Krankenzimmer ist ausser einer besonderen Wascheinrichtung eine Schüssel mit einem verdünnten kresolhaltigen Desinfektionsmittel ständig bereitzuhalten. Das Krankenzimmer ist täglich mindestens zweimal mit einem verdünnten kresolhaltigen Desinfektionsmittel oder 5proz. Karbolsäure aufzuwischen.

## X. B e f ö r d e r u n g v o n F l e c k - f i e b e r k r a n k e n.

Die Fortschaffung des Kranken oder Krankheitsverdächtigen soll nicht in einer Droschke, einem Strassenbahnwagen oder in einem anderem öffentlichen Fuhrwerk geschehen, sondern für diesen Zweck ist, wo immer möglich, ein Krankenwagen zu benutzen. Auf dem Lande kann die Krankenbeförderung mittels Behelfseinrichtungen, die unter der Leitung des Arztes hergestellt werden, erfolgen. Der zur Krankenbeförderung benutzte Wagen muss sofort nach dem Gebrauch entlaust und desinfiziert werden. Die bei der Krankenbeförderung beteiligten Personen sind als ansteckungsverdächtig zu behandeln. Jeder Aufenthaltswechsel des Kranken ist bei der Pol.- Behörde des bisherigen und des neuen Aufenthaltsortes zur Anzeige zu bringen.

## XI. Pflege des Fleckfieberkrank

(1) Zur Krankenpflege werden, wenn möglich, solche Personen welche die Krankheit bereits überstanden haben, verwendet, wei sie erfahrungsgemäss gegen eine Neuerkrankung geschützt sind. Sonstiges Pflegepersonal ist gemäss Abschn. VI gegen Fleckfie zu impfen. Die mit der Wartung und Pflege des Kranken betraute Personen haben den Verkehr mit anderen tunlichst zu vermeiden. Vor der Aufnahme von Läusen haben sie sich ebenso wie die Desi fektoren, die mit verlausten Sachen zu tun haben, sorgfältig z schützen. Zu diesem Zweck ist das Tragen von Schutzanzügen aus glattem Stoff und von hohen Stiefeln empfohlen worden. Für die Auswahl und Schutzimpfung der Desinfektoren gelten dieselben Gesichtspunkte wie für die Pflegepersonen. Ratsam ist es, dass die Pflegepersonen und Desinfektoren sich täglich unmittelbar nach Beendigung des Dienstes in einem warmen Bade gründlich abseifen und die Wäsche wechseln.

(2) Der Arzt soll, wenn er einen nicht sicher entlausten Fleckfieberkranken oder Krankheitsverdächtigen besucht hat, so bald wie möglich ein Vollbad nehmen, saubere Leibwäsche anlege und die Kleider wechseln. Die abgelegte Wäsche ist sofort zu kochen oder im Dampfdesinfektionsapparat oder ebenso wie der Anzug in heisser Luft zu entlausen.

(3) Dem Pflegepersonal und den Desinfektoren ist aus glei Anlass die nämliche Vorsicht zur Pflicht zu machen.

(Fortsetzung folgt)

---

Es folgt eine Fortsetzung der Bekanntmachung der Abteil Gesundheitswesen in der Regierung des Generalgouvernement bet Registrierung pharmazeutischer Präparate.

---